

FORMAZIONE PERMANENTE E PROCESSO DI INDIVIDUAZIONE DEGLI PSICOTERAPEUTI

Paolo Coen Pirani

A partire dal 1902, alla fine di quello che egli stesso (Freud, 1914) descrisse come un periodo di completo isolamento durato oltre dieci anni, Freud riunì attorno a sé un piccolo gruppo di persone, intellettuali, medici e non medici, desiderose di apprendere i fondamenti della nuova scienza psicoanalitica e la tecnica della sua applicazione terapeutica. Si costituì così la Società psicologica del Mercoledì che nel 1907 diverrà la Società psicoanalitica viennese (Nunberg e Federn, 1962).

Per quanto attiene alla formazione M. Balint (1954) definisce quei primi anni come la fase dell'istruzione in quanto i nuovi adepti si incontravano essenzialmente per leggere e discutere i testi di Freud e poi, man mano, i loro personali contributi teorici e per parlare delle loro prime esperienze cliniche con i pazienti. Così divenne proverbiale, come ci racconta Jones (1953-57) nella sua biografia di Freud, “il paziente del mercoledì”, vale a dire il caso clinico che puntualmente Wilhelm Stekel tirava fuori a conferma della validità di una qualunque ipotesi teorica emersa nella discussione (anche noi abbiamo qualche volta nei nostri gruppi il “paziente del mercoledì”!). E’ probabile che in questi incontri Freud si sia reso conto del fatto che i neoadepti rischiavano di smarrirsi nelle più frenetiche speculazioni per cui si sentì in dovere di richiamarli alla necessità di una approfondita autoanalisi da condursi parallelamente alle esperienze cliniche con i pazienti e focalizzata principalmente, come lo era stata la sua, sull’analisi dei propri sogni. (Freud, 1910)

Solamente nel 1912, seguendo il suggerimento di Jung, che aveva aderito alla Società viennese nel 1907, Freud giunge a sostenere che l’aspirante analista deve sottoporsi ad una “purificazione psicoanalitica”, cioè ad una analisi con un collega esperto, salvo poi proseguire “l’indagine analitica della propria persona sotto forma di autoanalisi rassegnandosi di buon grado al fatto di doversi aspettare sempre qualcosa di nuovo sia dentro che fuori di sé”.

E' plausibile pensare che uno dei motivi che indussero Freud ad accogliere questo punto di vista, sponsorizzato da Jung e dai colleghi di Zurigo, sia stato paradossalmente il verificarsi delle prime scissioni all'interno del movimento psicoanalitico, da parte prima di Stekel e di Adler a Vienna e poi degli stessi svizzeri capeggiati proprio da Jung su cui Freud aveva riposto grandi speranze per il consolidamento e la diffusione in Europa della sua creatura scientifica. Egli si rese così meglio conto del fatto che anche coloro che esercitano la psicoanalisi possono presentare fortissime resistenze all'accettazione "delle sgradevoli verità analitiche", resistenze che fomentando un atteggiamento ribellistico inducono alcuni fra loro "a darsi alla fuga e a mandare all'aria la loro adesione a quelle stesse verità". (Freud, 1914) ¹

Nasce quindi l'analisi didattica! Ma in che cosa consiste in quegli albori della formazione analitica? Ne possiamo avere un'idea dal testo di due lettere scritte da Freud stesso a Ferenczi nel 1909 citate sempre da M. Balint. (ivi)

"Eitingon è qui. Due volte alla settimana viene con me a fare una passeggiata serale e nel corso di questa fa la sua analisi". E non più di venti giorni dopo scrive: "Eitingon, che è venuto a prendermi due volte alla settimana per una passeggiata serale, nel corso della quale ha fatto la sua analisi, verrà per l'ultima volta venerdì prossimo. Intende poi trasferirsi per un anno a Berlino".

Balint definisce questa come la fase della "dimostrazione" e ci informa che le cose si modificarono abbastanza velocemente soprattutto per iniziativa di Ferenczi che dapprima sostenne che era inaccettabile che un paziente fosse meglio analizzato del suo stesso analista, il quale dunque doveva sottoporsi ad una analisi lunga per lo meno quanto un'analisi terapeutica e altrettanto profonda, per concludere, verso la fine degli anni venti (Ferenczi, 1928), che la cosiddetta analisi didattica doveva arrivare più in profondità di quella terapeutica consentendo al candidato di "conoscere e

¹ Si può cogliere già in questa fase una evidente tensione antinomica nel modo di intendere lo scopo dell'analisi per gli aspiranti analisti: essi dovevano imparare a "tollerare la verità" ma la tentazione era poi quella di identificare la "verità" in questione con il dettato della teoria freudiana. Ancora molti anni dopo M. Balint (1948) sosterrà che il vero scopo del processo di istituzionalizzazione della formazione psicoanalitica era quello di "assicurare che la nuova generazione dovesse imparare a rinunciare ad una parte della propria affermazione di sé e della propria indipendenza, dovesse essere educata alla disciplina e all'autodisciplina e ad accettare un'autorità che aveva il diritto e il dovere di istruire e ammonire". Essa alla fine doveva imparare a "identificarsi con i padri fondatori e, in particolare, con le loro idee".

padroneggiare...anche le più recondite debolezze del suo carattere”. Balint definisce questa la fase della “superterapia”.²

Era evidentemente convinzione di Ferenczi che l’analisi, per lo meno quella didattica, potesse essere un processo con un inizio ed una fine. (Freud, 1937)

Freud non condivise questo punto di vista e in Analisi terminabile e interminabile si fece sostenitore della formazione permanente dell’analista invitandolo a tornare in analisi “senza provare vergogna” ogni cinque anni, trasformando appunto la sua analisi da “compito terminabile in compito interminabile”. A me pare tuttavia che questo di Freud fosse, diciamo, un paterno suggerimento e che egli fosse sì convinto della necessità dell’analisi per chi desiderava esercitarla ma assai meno convinto della sua obbligatorietà già sostenuta da Jung e fieramente perseguita da Ferenczi. Questo mi sembra confermato da un piccolo episodio riferito da un suo allievo e più tardi stimato biografo Siegfried Bernfeld. Bernfeld (1952) racconta “Nel 1922 discussi con Freud il mio piano di stabilirmi come analista praticante a Vienna. Avevo sentito che il nostro gruppo di Berlino incoraggiava gli psicoanalisti, specialmente quelli principianti, a sottoporsi ad una analisi didattica prima di iniziare la loro pratica. Chiesi quindi a Freud se non pensasse che fosse meglio che io facessi l’analisi prima di iniziare la mia attività. La sua risposta fu ‘Sciocchezze. Va per la tua strada: ti troverai sicuramente in difficoltà. A quel punto penseremo al da farsi’”. Il significato dell’episodio è chiaro: Freud pensava che l’analisi non si potesse imporre, e che dovesse invece essere richiesta nel momento in cui l’allievo ne sentiva veramente il bisogno e la necessità. Si ha l’impressione che al fondo Freud sia sempre rimasto fedele, per quanto attiene alla formazione dello psicoanalista, al modello dell’apprendista che va “a bottega” e impara direttamente dall’artigiano che si è scelto i segreti del mestiere. Era, come si esprime Anna Freud (1938) un patto privato fra due persone. Non è senza una emozione, penso a Voi comprensibile, che ho trovato un riferimento

² L’analisi didattica venne comunque per lungo tempo considerata una cosa diversa dall’analisi propriamente terapeutica. Infatti, quando scoppiò negli anni venti la polemica relativa all’analisi condotta dai non medici, una delle soluzioni adottate fu quella di affidare ai non medici le analisi didattiche riservando ai medici le “vere e proprie” analisi terapeutiche. Credo che questo alone di particolarità aleggi ancora oggi sull’istituto dell’analisi didattica a difesa del narcisismo di colui che vi si sottopone e dello stesso analista didatta.

quasi nostalgico a questo modello di formazione in una lettera scritta da una Anna Freud amareggiata e delusa a Ernst Kris nel 1945 al termine delle aspre “Controversial Discussions” con Melanie Klein e i suoi seguaci. Rispondendo a Kris, che la invitava a concentrarsi e a portare avanti il lavoro scientifico, basato sulle esperienze del periodo bellico nelle “Hampstead Nurseries”, senza curarsi troppo dei problemi e delle diatribe di carattere istituzionale, Anna Freud così si esprimeva: “Non credo neppure io che sia possibile allo stato attuale delle cose fondare un nuovo Istituto o una sede centrale che possa costituire una fortezza per l’insegnamento..... Credo che la formazione debba di nuovo disperdersi come lo era ai suoi inizi. La gente deve andare qua e là, trovare l’analisi che preferisce, individuare gli insegnanti che pensa abbiano qualcosa da dire..... Il mio stesso lavoro si rifà ai tempi in cui la formazione era diffusa a questo modo e ne conosco tutti gli svantaggi. Ma se devo scegliere fra le distorsioni organizzate della psicoanalisi e quelle disorganizzate preferisco queste ultime.” (cit.in E Young-Bruehl, 1988 pag.274).

Le cose assunsero di fatto una piega molto diversa giacché nel terzo decennio del secolo prese vita e si consolidò il processo di istituzionalizzazione e di standardizzazione della formazione psicoanalitica che culminò in quello che è oggi noto come il modello Eitingon, dal nome di colui che, a Berlino, fu il principale fautore e l’eminenza grigia di questa svolta organizzativa, svolta in virtù della quale la formazione dei futuri analisti divenne il compito principale dell’IPA e delle sue società locali. Come si è detto, il processo iniziò a Berlino ove, nell’atmosfera progressista e democratica della Repubblica di Weimar, nel 1920 venne fondato il famoso Policlinico³ con due obiettivi principali: offrire ai diseredati la possibilità di usufruire della terapia analitica, scopo che era decisamente nelle corde di Freud (1918) che sponsorizzò la costituzione di un Policlinico anche nella ‘Vienna rossa’ del dopoguerra e, come secondo obiettivo, avere a disposizione in questo modo un numero sufficiente di pazienti che potessero fornire il materiale clinico per la formazione della crescente schiera di candidati. Fu qui che si formarono, iniziarono a lavorare analiticamente e ad

³ In qualche modo la fondazione del Policlinico fu un ripiego che si rese necessario nel momento in cui divenne evidente che tutte le speranze di istituire una cattedra di psicoanalisi all’interno dell’Università erano destinate ad essere frustrate. (vedi M. Schroeter, 2004)

assumere poi funzioni didattiche Melanie Klein, Karen Horney, Helen Deutsch, Wilhelm Reich, Edith Jacobson, Otto Fenichel e molti altri. L'attività didattica divenne man mano prevalente e la clinica si configurò sempre più come una "scuola di psicoanalisi".

Il modello Eitingon ebbe un parto lungo, laborioso e travagliato, durato appunto una decina d'anni, che noi non seguiremo nel dettaglio limitandoci a delineare i punti principali di questo ambizioso progetto formativo.

Anzitutto la formazione venne sottratta ai "maestri di bottega" e affidata agli istituti di training costituiti nelle singole società e riuniti a livello mondiale in una Commissione internazionale di training. In parole povere si stabilì che nessun aspirante analista potesse rivolgersi privatamente ad un collega di sua scelta per iniziare un'analisi didattica come era stata fin lì consuetudine. Era l'istituto di training che decideva se il candidato era idoneo ad iniziare la formazione e selezionava un gruppo particolare di analisti con funzione di didatti cui assegnare di volta in volta coloro che richiedevano la formazione. Venne fissata in un anno la durata minima dell'analisi didattica a cinque o sei sedute alla settimana e venne consentito all'Istituto di training di valutare l'andamento dell'analisi stessa e di richiederne in caso di giudizio sfavorevole un prolungamento. Il compimento dell'analisi divenne una precondizione per accedere alla successiva fase della formazione, cioè alle supervisioni, chiamate anche significativamente analisi di controllo, e ai corsi e ai seminari teorici che vennero organizzati secondo un programma rigido, sistematico e predefinito. Fu accolta l'idea che l'analista didatta potesse dire la sua presso l'istituto di training circa l'idoneità del candidato ad entrare in questo secondo momento della formazione; si istituì cioè il cosiddetto "reporting system" che introdusse un significativo aspetto valutativo nel contesto dell'analisi didattica.

Il completamento della formazione basata sul famoso "tripode berlinese", analisi didattica, supervisione e corsi e seminari teorici, doveva aver luogo in tre anni circa e veniva sancito da un preciso atto dell'istituto di training che dichiarava l'idoneità del candidato a diventare membro della locale Società analitica e a praticare quindi la terapia analitica. Il legame così stabilito fra compimento della formazione e appartenenza alla Società sancì la trasformazione del movimento

psicoanalitico da organizzazione scientifica in un corpo professionale di terapeuti, proprio il contrario di ciò a cui ambiva Freud che pensava alla psicoanalisi come ad una scienza di base, la scienza dell'Inconscio, con una varietà di applicazioni e di aree di ricerca oltre a quella specificamente terapeutica. Per quanto riguarda la standardizzazione di questo modello formativo, vale a dire il tentativo di renderlo valido e coattivo per tutte le Società locali sparse nel mondo sotto l'egida dell'Associazione Internazionale ⁴, mi limiterò a dire che esso apparentemente naufragò sulla 'vexata quaestio' dell'analisi didattica per i non medici o analisi profana, portando dapprima alla scissione di fatto degli Stati Uniti durata 50 anni, e alla progressiva comparsa di altri modelli formativi, oltre a quelli di Eitingon, in particolare quello francese e quello uruguayano. In sostanza si arrivò alla relativa autonomia dei diversi istituti nazionali di training. Mi sembra appropriato riferire come reagì a tutto ciò Freud prendendo posizione, su questo intreccio di questioni, in poche ma incisive e non equivoche parole, ispirate ad un sano buon senso. Scrive Freud in una circolare ai colleghi del cosiddetto "Comitato segreto" nell'ottobre del 1925: "Io sono, come è noto, uno strenuo sostenitore dell'idea che anche i non medici possano fare un'analisi didattica e vorrei che l'istruzione analitica potesse essere disponibile su una base liberale a chiunque la ricerchi, anche se non è in grado di sottoporsi alle rigide condizioni del corso completo di formazione".(cit. in M. Schroeter, 2002)

Ovviamente non sfuggiva a Freud l'importanza dei fattori extra scientifici, economici e di potere, che giocavano a favore di soluzioni radicalmente diverse rispetto a quelle da lui auspicate. (vedi Jones, cit vol. III, 342-356)

Rimasero comunque sul tappeto vari problemi relativi alla formazione; uno in particolare, oggetto di un infuocato dibattito che durò almeno vent'anni, ci porta al cuore di uno dei temi del nostro incontro di oggi. Il problema era essenzialmente unico ma si presentò con due diverse facce riconducibili a due diverse domande: l'analista che ha in terapia il candidato deve anche essere il

⁴ Questo avrebbe dovuto rendere in teoria possibile per un candidato iniziare la formazione a Berlino, continuarla a Londra e completarla a New York.

suo supervisore, o per lo meno uno dei suoi supervisori? E, in caso di risposta negativa, quale deve essere comunque la principale funzione della supervisione, insegnare o curare?

E' evidente che queste domande non si posero nelle prime fasi della organizzazione della formazione, allorché si dava per scontato che analisi didattica e supervisione fossero in mano allo stesso analista senior. Esse fecero invece la loro comparsa proprio con l'introduzione del modello Eitingon favorite dal fatto che una più larga disponibilità di analisti didatti rese possibile selezionare persone diverse per i due diversi aspetti della formazione, che in questo modo potevano aver luogo in tempi diversi come il modello stesso prevedeva. Si introdusse la distinzione fra l'analisi di controllo (Kontrollanalyse), intesa come l'analisi delle reazioni controtransferali dell'allievo al transfert del paziente, dal controllo delle analisi (Analysenkontrolle), vale a dire la supervisione del materiale del paziente nel quale si supposeva che l'allievo non fosse personalmente coinvolto. La prima era di competenza dell'analista didatta, la seconda del supervisore vero e proprio. Una delle reazioni più vivaci a questa codificata separazione delle due funzioni fu espressa da Vilma Kovacs, un'analista ungherese allieva di Ferenczi, che in un articolo molto interessante del 1936, prese una posizione decisamente contraria. Penso valga la pena citarla in extenso "Lo scopo dell'analisi didattica – dice – è quellodi familiarizzare il candidato con la struttura del suo carattere rivelando così la natura originale e fondamentale della sua personalità ...troppo spesso celata sotto una rigida maschera.

L'analisi deve sciogliere la sua coartata umanità divenuta rigida a causa di un comportamento abitudinario e automatico e mostrargli le molte potenzialità che giacciono dormienti dentro di lui". (Una bella anticipazione del concetto winnicottiano di falso sé!). E aggiunge poco oltre: " Se il candidato continua la sua analisi quando inizia ad analizzare i suoi pazienti, i due processi paralleli mettono in luce quegli aspetti della sua personalità che hanno sino ad allora ricevuto troppo poca attenzione o addirittura nessuna.....Tutte le sue qualità, buone e cattive vengono alla luce non meno delle sue debolezze; per esempio la sua incapacità di essere obiettivo, la sua impazienza, la sua vanità, la sua difficoltà a sopportare le critiche....e a prendere in considerazione le serie accuse del

paziente contro di lui, espresse solamente in forma mascherata, la sua mancanza di tatto, la sua insensibilità o viceversa la sua esagerata compassione o eccessiva tolleranza. Tutto ciò – conclude la Kovacs – fornisce l’opportunità di mostrare allo studente il giusto modo di gestire il controtransfert che è uno dei fattori più importanti nel lavoro analitico”.

Merita qui sottolineare come parlando di controtransfert la Kovacs non si riferisce tanto alla specifica risposta di ruolo del terapeuta indotta dal paziente nel corso nello sviluppo del processo terapeutico quanto a precisi tratti di carattere che fanno parte integrante della sua personalità e possono di per sé costituire un serio ostacolo ad un buon lavoro analitico. Vale la pena soffermarsi ancora un secondo sull’articolo dell’Ungherese che nella parte finale ammette del tutto candidamente di sentirsi completamente persa quando supervisiona un candidato che non è o che non sia stato in analisi con lei., “Non riesco ad orientarmi nel materiale patologico – dice – per quanto correttamente presentato perché non conosco il carattere del candidato e le sue modalità di reazione e non posso quindi dire da che punto di vista egli stia giudicando le varie situazioni che incontra”. (Kovacs, 1936) La discussione su questo punto andò avanti per molti anni con molti pro e contro e si concluse, a detta di M. Balint (1948), per lo meno per quanto attiene alla Società inglese, nel 1947 “con una regolamentazione autoritaria e compulsiva, per nulla frutto di osservazioni controllate e attentamente pianificate” che sanciva la netta separazione delle due funzioni. Rimase in piedi la seconda questione: se il supervisore deve essere una persona diversa dall’analista didatta, in cosa consiste il suo compito: insegnare o curare?

Anche questa questione è stata a lungo dibattuta senza che si sia arrivati ad una decisione ritenuta valida da tutte le Società che come si è detto fanno riferimento schematicamente a tre diversi modelli di formazione.(A.-M.Sandler 1982) (Loewenberg e Thompson, 2011) . Ritorniamo sul tema nella terza parte della relazione.

E adesso, dopo aver parlato molto di altri, parliamo di noi, di come ci siamo formati e di come abbiamo formato e formiamo. Non è compito facile. Sono parte di questa storia e mi manca ovviamente la prospettiva data dal tempo. Interferiscono fattori emotivi, i ricordi sono

inevitabilmente distorti e selezionati sulla base di bisogni diversi, quale quello di nobilitare le proprie origini, il proprio percorso e le proprie motivazioni.

Inoltre parlo di un processo ancora in corso: nonostante l'età mi sento ancora mentalmente abbastanza giovane e suscettibile di miglioramento.

Alla signora Sandler e a tutti voi affido oggi la funzione di supervisor esterni del mio racconto perché voi, pur parte intimamente integrante di questa vicenda, l'avete vissuta, ciascuno a suo modo, da una prospettiva diversa dalla nostra e lo potete quindi arricchire e correggere. Per questo sin d'ora vi siamo grati.

Abbiamo fondato il Centro nel 1969. Eravamo sei medici provenienti tutti dall'Ospedale psichiatrico provinciale di Varese, assunti uno per uno dal giovane direttore incaricato, Edoardo Balduzzi, che progettava di modificare profondamente il funzionamento dell'ospedale nel senso indicato dalla psichiatria di settore francese.

Questa prevedeva sostanzialmente l'unitarietà della cura, vale a dire che la medesima équipe medico-assistenziale assumeva in carico il paziente tanto durante il ricovero in ospedale, quanto dopo la sua dimissione, negli ambulatori periferici, presenti in tutta la Provincia, e se necessario, anche a casa, fornendo servizi e presidi per la cura, la riabilitazione e la prevenzione. Contemporaneamente si cercò di modificare la vita dei pazienti nell'ospedale, considerato il malato più bisognoso di cure, aumentando sostanzialmente la loro libertà di movimento e di espressione e fornendo loro occasioni di lavoro. In alcuni reparti si tenevano riunioni plenarie settimanali cui partecipavano pazienti, medici, infermieri, assistenti sociali, iniziativa che si ispirava alle esperienze della Comunità terapeutica di origine inglese (Laing, Main, Cooper, Jones) e della psicoterapia istituzionale francese, e che rappresentarono un tentativo di integrare la psicoanalisi, la psichiatria sociale e la psicologia di gruppo. Il tutto in netta e spesso aspra polemica con la psichiatria tradizionale e con la cosiddetta antipsichiatria che in Italia ebbe il suo massimo alfiere nella figura di Franco Basaglia che sosteneva l'idea radicale secondo la quale l'istituzione psichiatrica non aveva più ragione di essere e andava abbattuta. Tutti noi, tuttavia, a testimonianza di una profonda e

originaria vocazione, iniziammo a sottoporre pazienti selezionati a trattamenti psicoterapeutici individuali in particolar modo negli ambulatori periferici. Personalmente ricordo che, come medico in un reparto maschile di lungo degenti, avevo individuato tre pazienti schizofrenici cronici, che sottoponevo ad una psicoterapia coatta a cinque sedute settimanali in una del tutto personale applicazione della terapia bifocale per gli psicotici proposta dallo psicoanalista Paul-Claude Racamier (1956) all'ospedale di Prangins in Svizzera. A quel punto, mentre lavoravamo ancora nell'ospedale, facemmo noi sei una scelta cui siamo rimasti fedeli per oltre trent'anni: andammo a cercarci un supervisore esterno e scelto da noi applicando alla supervisione il principio, valido per la terapia, per cui se vuoi capire qualcosa in più di te stesso è meglio che tu abbia a disposizione una persona esterna, un libero professionista, piuttosto che far conto solamente sull'autoanalisi. Se il supervisore è parte dell'istituzione non può essere spassionato e pienamente sereno per motivi burocratici, gerarchici e di ruolo, per amicizia o per ostilità.

Il nostro primo supervisore fu Giampaolo Lai, psicoanalista della Società svizzera formatosi nella Clinica psichiatrica dell'Università di Losanna e attivo nella seconda metà degli anni '60 presso il Centro milanese per lo sviluppo della psicoterapia fondato da Pier Francesco Galli. Lai aveva all'epoca un forte interesse scientifico per le istituzioni che sfociò nella pubblicazione del libro "Il momento sociale della psicoanalisi" (1970) che ebbe all'epoca un vasto successo e il cui proposito era quello di dimostrare che il modello fornito dal metodo psicoanalitico poteva essere utilizzato per affrontare le situazioni di lavoro degli operatori sociali, nell'ambito dell'équipe e delle istituzioni. In sostanza l'idea di base era che l'operatore sociale doveva cercare di identificarsi con i diversi attori della rete relazionale che stava attorno al paziente psichiatrico o al bambino nella scuola o a chiunque vivesse o fosse cliente di una istituzione, evitando di partecipare e di schierarsi nelle lotte e nelle contrapposizioni fra medici, infermieri, assistenti sociali, presidi, insegnanti o genitori.⁵

⁵ Con ciò Lai si rifà direttamente a Freud che sostenne l'idea dell'utilità della conoscenza della psicoanalisi per gli insegnanti, gli educatori, i religiosi ecc. (Freud, 1913) Anche allora tuttavia accadde che coloro che appartenevano a queste categorie professionali (laiche) e che si avvicinarono in questo modo alla psicoanalisi abbandonarono il loro specifico campo di lavoro per diventare psicoanalisti! In particolare, negli Stati Uniti la pressione esercitata dal crescente numero di psicologi clinici e di altri operatori nell'ambito della salute mentale portò, attraverso una *class*

Così, quando nel 1969 decidemmo di seguire il destino del nostro direttore dell'ospedale, "trombato" a favore di uno dei più tipici epigoni della psichiatria tradizionale e ci facemmo cacciare anche noi (al concorso per entrare in ruolo, invece di rispondere alla scontata domanda sui disturbi psicopatologici della percezione, presentammo un testo in cui rivendicavamo le nostre idee e convinzioni relative alla gestione del paziente psichiatrico all'interno e all'esterno dell'istituzione) ci fu possibile decidere di fondare nel maggio di quell'anno il nostro Centro Studi di Psicoterapia.. Nel frattempo si era unita a noi la dr.ssa Grimaldi che, con il contributo delle sue conoscenze e della sua esperienza nel campo della psicologia e della psicoterapia dell'età evolutiva, ci è stata costantemente di stimolo ad una più approfondita conoscenza della psiche del bambino come supporto indispensabile per un adeguato riconoscimento e considerazione della dimensione genetico-evolutiva, il famoso "bambino dentro", nel paziente adulto in terapia. In ottobre si aprì il primo Corso di base dedicato agli operatori delle istituzioni che ebbe un immediato successo che si andò allargando negli anni seguenti favorito dal clima di sbandamento, di incertezza e di ricerca che prevaleva nel loro lavoro in quegli anni. Ma, come prima accennavo, la nostra vocazione era un'altra: avevamo, chi più chi meno, le nostre sofferenze personali, avevamo, chi prima chi dopo, cercato un aiuto terapeutico, e non già una analisi didattica, volevamo curare noi stessi e curare gli altri. Non ci importava un fico stabilire se esistesse o meno la malattia mentale, dilemma all'epoca ampiamente e spesso sofisticatamente dibattuto; sapevamo cosa volesse dire la sofferenza e volevamo trovare qualcuno che ci mettesse in grado di aiutare chi ne portava il peso.. Sarà forse naif pensarlo ma crediamo che coloro che ci hanno seguito in tutti questi anni nel lavoro e nella ricerca, l'hanno fatto con questo spirito, con questa attenzione e questa sensibilità emotiva e non intellettualistica, alla sofferenza, al bisogno di coloro che ad essi si sono rivolti. Il che naturalmente non ha escluso una sana e misurata attenzione al proprio portafoglio!

action da parte di queste categorie, condotta contro l'APA, ad una caduta della barriera che impediva il loro accesso al training analitico nell'ambito della stessa APA (Wallerstein, 1998)

Ci mettemmo quindi di nuovo in cerca di maestri, sempre di nostra libera scelta, e ne mettemmo alla prova diversi senza esserne mai convinti fin quando non trovammo i Sandler. Ricorderò sempre quella mattina di un giorno di primavera del 1973: eravamo approdati ad un Congresso di psicoanalisi a Parigi sul tema dell'ideale dell'Io. Parlò prima in modo sostanzialmente incomprensibile in perfetto stile psicoanalitichese una illustre analista francese e subito dopo apparve la signora Sandler che, in modo semplice, chiaro, diretto si mise a parlare di come il bambino piccolo quando impara a camminare, a mettere un piede davanti all'altro, realizza il proprio Sé ideale del momento e ne trae un sentimento buono di benessere, di autostima, di sicurezza e quando casca per terra vive invece una momentanea frustrazione, una delusione perché la rappresentazione del Sé attuale non corrisponde più a quella del modello ideale. Era finalmente un linguaggio comprensibile e concreto come quello che da tempo andavamo invano cercando e il tema trattato così lucidamente era ovviamente in forte sintonia con il nostro stato d'animo d'allora. Avevamo anche noi bisogno di qualcuno che ci prendesse per mano e ci aiutasse ad incamminarci nella direzione dell'ideale che avevamo in mente per noi. Fu amore a prima vista e siamo ancora qua! E, come avviene negli amori seri tutto è cambiato e nulla è cambiato. Per dare una idea dell'intensità di questo nostro rapporto con i Sandler ricorderò che abbiamo iniziato con visite mensili nel corso delle quali lavoravamo discutendo casi clinici e temi teorici il venerdì nel tardo pomeriggio, il sabato mattina e il sabato pomeriggio, introducendo inoltre prima una e poi due supervisioni telefoniche settimanali nel corso delle quali seguivamo l'andamento del processo terapeutico di due pazienti diversi.

Prima di proseguire nel mio racconto, che per altro non sarà ancora molto lungo, mi sembra questo il momento per soffermarmi un attimo su di un aspetto metodologico che ha improntato di sé tutta la nostra storia. La quale non è stata l'emanazione di una idea platonica, la concretizzazione di un partito preso o di una impostazione pregiudiziale e aprioristica; non avevamo cioè in mente uno schema preconstituito, un esempio "eccellente" assunto a prestito da altre storie ed esperienze. Nel 1974 il Dott. Monteverde ha inventato di sana pianta la Scuola di psicoterapia psicoanalitica

quadriennale introducendo un modello di formazione sino ad allora inesistente, che ha avuto in seguito una enorme fortuna e che è stato totalmente snaturato tanto che oggi abbiamo decine di scuole di ogni denominazione ed orientamento che sfornano ogni quattro anni centinaia di terapeuti con regolare diploma e approvazione ministeriale. Ciò che invece noi abbiamo offerto e offriamo a chi conclude l'iter dei quattro anni della Scuola è di continuare la propria formazione.

L'idea di istituire la Scuola consegue invece alla presenza di due spinte evolutive convergenti: da un lato l'esigenza avvertita dai nostri allievi del Corso di base di una preparazione più focalizzata e rigorosa, specificamente rivolta ad una formazione alla psicoterapia psicoanalitica individuale e che potesse consolidare il loro sentimento di identità professionale. Una esigenza di questo tipo non trovava a quel tempo interlocutori o risposte e si perdeva in una area confusa e nebulosa priva di punti di riferimento definiti. La stessa Società italiana di psicoanalisi appariva come una istituzione lontana, di difficile accesso, valutativa e poco accogliente.

Parallelamente sentivamo consolidarsi, seppur lentamente, la nostra identità di psicoterapeuti e per la prima volta si affacciò nella nostra mente l'idea, all'epoca un po' temeraria, di poter assumere in questa area un ruolo didattico e di supervisione. Ricordo che quando lo informai per la prima volta di questo nuovo progetto, Sandler commentò asciutto: "è l'orbo che conduce il cieco"! Per quanto attiene in modo specifico alla supervisione individuale, decidemmo nei primi anni di renderla obbligatoria probabilmente per tema di essere giudicati all'esterno faciloni e non sufficientemente rigorosi. Abbandonammo tuttavia relativamente presto questa impostazione lasciando all'allievo piena libertà nel decidere quando e con chi iniziare la propria supervisione sulla base unicamente di un proprio sentimento di necessità interiore. Non diversamente abbiamo fatto riguardo alla decisione dell'allievo di entrare in analisi, decisione che abbiamo sempre considerato come una scelta del tutto personale non suscettibile di subordinazione ad esigenze estrinseche di scuola o di istituzione. Abbiamo riscoperto con piacere che Freud condivideva questo nostro punto di vista!

Il passo successivo, quello di mettere in piedi l'attività di formazione permanente, è venuto un po' da sé. Noi la facevamo con i Sandler e d'altro canto gli allievi stessi ce la chiedevano nel momento

in cui, una volta conclusi i quattro anni della scuola, esprimevano il bisogno di continuare, proponendo, in virtù della maggiore sicurezza acquisita che consentiva loro di riconoscere più lucidamente i limiti e le deficienze della loro formazione, di ricominciare da capo la Scuola o di ripetere addirittura il Corso di base. La soluzione che abbiamo proposto è, a differenza della Scuola, quella di una struttura “aperta” da cui si può cioè uscire e in cui si può entrare o rientrare e che ha tuttavia acquisito nel corso degli anni una notevole continuità e stabilità di partecipazione. Anche nel caso di questa particolare struttura formativa abbiamo offerto la possibilità agli allievi di proseguire, come recita il nostro depliant informativo, “il lavoro sistematico di supervisione se e quando lo ritengano opportuno”

Questa dizione, oltre a riconfermare il principio dell’assoluta libertà dell’allievo nelle decisioni relative alla supervisione individuale, lascia abbastanza chiaramente intendere che ci aspettiamo che l’allievo abbandoni progressivamente l’idea della supervisione come l’occasione per ricevere un pronto soccorso o una rapida imbeccata valida ogni volta per un paziente diverso e la consideri invece come la sede in cui prendere in considerazione e approfondire in modo continuativo il lavoro clinico con uno stesso paziente allo scopo di seguire l’evoluzione del processo terapeutico. Ma rimaniamo sempre dell’idea che anche ciò rappresenta il punto d’arrivo di un processo che si verifica in ogni allievo in tempi diversi e non può essere soggetto a forzature o ad accelerazioni introdotte sotto l’egida di regolamentazioni estrinseche.

E’ venuto il momento di stabilire un trait d’union fra le due precedenti parti di questa relazione, quella relativa alla storia del movimento psicoanalitico e quella relativa alle vicende del nostro Centro. Lo farò parlandovi dell’attività svolta quest’anno nell’ultimo nato del nostro progetto formativo, il piccolo gruppo di ricerca costituitosi quattro anni fa e formato dal dott. Monteverde, dalla dott.ssa Laura Viganò, dai dottori Mauro Boyer e Giuseppe Tadiello e da me. Anzitutto una breve precisazione sul termine “ricerca”. Se ne parla molto in ambito psicoanalitico,⁶ nelle riviste

⁶ Per altro già ai suoi primordi il “modello Eitingon” prevedeva anche la promozione della ricerca “basata sul fondamento empirico della terapia psicoanalitica” (Comitato Eitingon citato in M. Schroeter, 2002)

specializzate, particolarmente in questi ultimi decenni, soprattutto per deprecare il fatto che si fa poca ricerca. Si sostiene che è necessaria e che senza una attività di ricerca, del tutto separata ed autonoma dal lavoro clinico e che segua il modello proprio alle cosiddette scienze esatte, sarebbe in pericolo l'identità stessa della psicoanalisi.

Se così fosse sarebbero finiti i bei tempi in cui Freud, nel libro dedicato al problema dell'analisi condotta da non medici (1926) poteva innocentemente sostenere la teoria della congiunzione secondo la quale esisterebbe un legame inseparabile fra cura e ricerca tanto che sarebbe impossibile trattare un paziente senza imparare qualcosa di nuovo e altrettanto impossibile ottenere dei nuovi insight senza averne dei risultati benefici. Sarebbe come dire, sostengono i critici di questa teoria freudiana, che facciamo ricerca senza saperlo, un po' come il personaggio di Molière che scoprì solo a quarant'anni di aver sempre parlato in prosa. E' stato anche detto che la tesi freudiana porta diritto filato alla cattiva "medicalizzazione" della psicoanalisi, al suo essere cioè una terapia senza ricerca, destinata pertanto ad insterilirsi e a perdere quello status di scienza cui Freud stesso ambiva profondamente. Non intendo entrare qui in questa complessa e spinosa questione non possedendo un'adeguata competenza in merito, ma sento l'obbligo di precisare cosa intendiamo noi quando parliamo, a proposito dell'attività del nostro gruppo, di ricerca; di definire quindi la particolare prospettiva in cui ci muoviamo.

A tal proposito penso quanto segue:

1°) noi siamo terapeuti e abbiamo quindi un compito pratico che è quello della cura dei nostri pazienti.

2°) Cosa si deve intendere per cura in psicoanalisi?

Sandler (1996) ha dedicato un libro intero al tentativo di rispondere a questa domanda, di definire cioè l'obiettivo della terapia psicoanalitica, per concludere che una risposta univoca non è possibile. Si tratterebbe di una nozione a molte dimensioni, elastica, suscettibile di una precisa definizione solo nell'ambito di ogni singola coppia paziente-analista e quindi di ogni singola vicenda terapeutica. E' sicuramente vero ma mi sento libero ugualmente di nutrire una preferenza fra le

tante risposte che sono state date nel corso di decenni a questa domanda. Visto che sono anziano mi è concesso anche di essere un po' conservatore. Nel 1895 al termine degli Studi sull'Isteria, immaginando di rispondere ad un ipotetico paziente che gli chiede come la sua terapia possa essergli d'aiuto, Freud risponde "Non dubito affatto che dovrebbe essere più facile al destino che non a me eliminare la Sua sofferenza, ma Lei si convincerà che molto sarà guadagnato se ci riuscirà di trasformare la Sua miseria isterica in una infelicità comune. Contro quest'ultima Lei potrà difendersi meglio con una vita psichica risanata". Questa è la mia preferenza. In altre parole dobbiamo aiutare le persone a stare meglio, aiutarle a gestire meglio la loro sofferenza, aiutarle ad eliminare per quanto possibile le sofferenze inutili, non necessarie, frutto di conflitti irrisolti e a padroneggiare meglio quelle che inevitabilmente accompagnano la crescita e lo sviluppo delle loro potenzialità e quelle che l'esistenza stessa impone.⁷

3°) Nel suo intervento al Convegno tenutosi in occasione del 40° anniversario del Centro (2008), intervento di cui questa mia relazione in fondo altro non è che una parafrasi, il dott. Monteverde fra l'altro ha detto: "...la ricerca in psicoanalisi [deve] riguardare soprattutto il mondo interno degli psicoanalisti....[si impone] in modo imprescindibile una continua....messa a punto del nostro apparato psichico. Ciò è estremamente importante in quanto siamo noi esclusivamente lo strumento del nostro lavoro. Ricercare in noi stessi continuamente, conoscersi sempre meglio, mettere costantemente alla prova gli arnesi del nostro lavoro; queste attività costituiscono l'essenza, sempre secondo noi, della ricerca che, appunto, deve essere fatta calare all'interno di noi stessi, innanzitutto.

⁷ Penso che meriti a questo punto citare quanto dice Jones nella sua biografia di Freud quando parla della posizione assunta da questi nella polemica sull'analisi da parte di non medici. "Ciò che veramente ...influenzò [Freud] fu il desiderio di una visione della psicoanalisi più vasta di quanto ci si potesse aspettare da parte dei soli medici, per quanto egli sarebbe stato più che amareggiato qualora i medici si fossero tenuti lontano dalla sua opera, sapendo, così come lo sapeva, che il punto di partenza della ricerca deve sempre essere l'analisi della gente che soffre (sottolineatura nostra)... Ci troviamo dunque di fronte al fatto essenziale intorno al quale ruotano tutti questi problemi, e cioè che finora non è stata scoperta nessuna motivazione (né sembra probabile che venga scoperta in futuro) che permetta di investigare gli strati più profondi della mente, al di fuori della motivazione della *sofferenza personale*. Questo fatto impressionante lega irrevocabilmente la psicologia e tutte le scienze che le fanno corona, alla psicopatologia". (Jones, 1957. Vol 3, pag. 343).

La ricerca delle modificazioni di status interne deve, a nostro avviso, essere il punto più caldo della nostra attenzione e deve costituire una sorta di prerequisito per avventurarci in qualunque campo dello scibile psicoanalitico”.

4°) (e ultimo) Morale? Una piccola rivoluzione copernicana: la ricerca, come noi la intendiamo, non riguarda solo e primariamente la testa del paziente ma la nostra in quanto esseri umani e terapeuti.

Possiamo ora, fatte queste precisazioni, tornare al nostro gruppo il cui lavoro si è focalizzato quest'anno sul tema della formazione permanente e in particolare sullo studio della supervisione.

La supervisione è, come noto, un istituto multidimensionale il che consente al supervisore di scegliere all'interno di una vasta gamma di alternative attinenti al contenuto specifico dei suoi interventi. A ciascuna di queste dimensioni ogni supervisore darà una importanza diversa a seconda delle sue abilità e preferenze personali e a seconda, soprattutto e sperabilmente, dello stadio di apprendimento in cui si trova il terapeuta in formazione e del particolare momento evolutivo della stessa relazione di supervisione.

Procedendo nel nostro lavoro abbiamo di fatto riscoperto, per conto nostro, una dimensione particolare dell'istituto della supervisione, dimensione che come abbiamo visto nella prima parte della relazione venne considerata come ovvia e anche indispensabile nei primi anni “eroici” della storia del movimento psicoanalitico per diventare in seguito oggetto di controversia e di ostracismo man mano che si è andato consolidando il processo di istituzionalizzazione della formazione analitica.

Ci riferiamo in sostanza all'idea che la supervisione, al pari o forse più della stessa esperienza di analisi (sic!!!) o in un rapporto di reciproca fertilizzazione con essa, possa diventare un processo ad alto potenziale di sviluppo trasformativo, non determinabile a priori, ove il supervisore si impegni a modificare man mano la sua prospettiva, spostando e focalizzando l'attenzione sulla “testa” del suo allievo, del terapeuta, per come questa testa viene stimolata e messa in causa dall'incontro con il paziente e con il supervisore stesso.

Pensiamo in altri termini che il supervisore, nel rispetto dei tempi e dei modi dell'alleanza emotiva e di lavoro, che auspicabilmente in questo incontro si sviluppa e si approfondisce, debba concentrarsi sulle aree di difficoltà che si evidenziano nel rapporto del terapeuta con il paziente; difficoltà che non necessariamente sono di natura controtrasferale, che non dipendono cioè da specifiche risposte emotive evocate nel terapeuta dalle caratteristiche di un paziente particolare, ma sono la conseguenza di peculiari aspetti attinenti alla conflittualità e alle problematiche del terapeuta medesimo, che condizionano il suo stile di vita e le sue modalità di rapporto in genere.⁸

Vorrei fare un paio di esempi a chiarimento di quanto sono venuto dicendo. Il primo sarà autobiografico. Ai primordi del nostro rapporto con i Sandler un bel giorno Joseph ci fa un bel discorsino e in sostanza ci dice che, a suo giudizio, ravvisa in tutti noi, chi più chi meno, una tendenza ad interpretare dal Super-io, a dire al paziente, papale papale, come stanno secondo noi le cose, a imporgli il nostro punto di vista, senza mostrare nel tono e nel contenuto una sufficiente comprensione ed empatia per le sue difficoltà e per la sua ovvia tendenza ad utilizzare particolari metodi difensivi per far fronte ad esse. Sandler citò a questo proposito la famosa frase di Otto Fenichel secondo la quale dire ad un paziente che si difende è la stessa cosa che dire ad una persona, nel bel mezzo di una tempesta di sabbia nel deserto, che sta chiudendo gli occhi! E che altro dovrebbe fare il poveretto? Citò anche Melanie Klein che sosteneva che dobbiamo ricevere il paziente nel nostro studio come l'ospite meglio accolto o più rispettato. Costernazione nel gruppo, scomposta ricerca di spiegazioni, qualcuno infila la strada della giustificazione sociologica accampando differenze nazionali di atteggiamento fra inglesi e italiani, si tira in ballo persino il retaggio fascista. Le cose sono ovviamente più semplici: siamo giovani, siamo inesperti, siamo impauriti e teniamo quindi le nostre belle distanze dal paziente parlandogli ex-cathedra. E' un

⁸ Credo che venga a buon punto ricordare qui l'avvertimento di Joseph Sandler riguardo all'uso del concetto di identificazione proiettiva (J. Sandler, 1987, pag. 46): "Può essere...allettante dato lo stretto nesso che è venuto instaurandosi fra il concetto di identificazione proiettiva e la nostra attuale concezione della controtraslazione, considerare che tutti i sentimenti, le fantasie e le reazioni che l'analista ha nei confronti del suo paziente siano *messi dentro* di lui tramite identificazione proiettiva. Purtroppo è molto probabile che la differenziazione tra ciò che proviene dal paziente e ciò che appartiene all'analista continuerà a essere per noi, ancora per un certo tempo, un difficile problema tecnico." (sottolineatura mia).

problema nostro non del paziente, non indotto da lui. Credo sia difficile, a distanza di anni, sopravvalutare l'impatto su di noi, sul nostro modo di lavorare di questa osservazione di Joseph che ci è sempre stata presente e ha continuato a "lavorare" dentro di noi.

Di tanto in tanto lui ha continuato a buttar lì, magari "a microfoni spenti", qualche osservazione di carattere personale a mio riguardo, osservazioni che hanno richiesto lunghe e abbastanza penose elaborazioni per essere digerite ed accettate, che sono rimaste perciò vivide nella mia memoria assai più che il contenuto delle varie supervisioni che ho fatto con lui, e hanno costituito un punto di riferimento stabile e continuativo nelle considerazioni che sono venute via via facendo negli anni relative a me stesso e al mio lavoro di terapeuta e di formatore.

Come secondo esempio Vi porto una situazione di supervisione. Non vi dirò per ovvie ragioni di riservatezza né chi sia il supervisionato né chi sia il supervisore. Ve ne parlo al solo scopo di illustrare come possa accadere che nel corso di una supervisione si arrivi, in un'ottica del tutto coerente con la metodologia psicoanalitica, a focalizzare l'attenzione su quanto sta accadendo ai due attori del processo supervisivo e a trarne ipotesi utili e interessanti attinenti alla "testa" di entrambi.

Si tratta di una supervisione in cui sono coinvolti due professionisti di una certa età ed esperienza clinica. Per diverso tempo il processo di supervisione si è istradato lungo binari che abbiamo osservato essere del tutto consueti ove si lasci al supervisionato la libertà e l'iniziativa sul cosa e sul come presentare. Il terapeuta ha parlato cioè di diversi pazienti rispetto ai quali si sentiva in difficoltà e di cui nella supervisione è stata messa a fuoco volta a volta, la psicopatologia, le dinamiche conflittuali, i meccanismi difensivi privilegiati, la relazione di ruolo in essere, cercando di individuare le modalità di intervento più utili e appropriate al caso preso in esame.

Man mano si è sviluppato un buon rapporto di collaborazione e di confidenza tanto che il supervisionato si è sentito spesso libero di parlare dei suoi sentimenti controtransferali verso determinati pazienti e delle difficoltà che detti sentimenti gli procuravano nella gestione del relativo rapporto terapeutico. Ad un certo punto tuttavia le cose sono cambiate e il supervisionato, del tutto

spontaneamente, ha preso a concentrarsi e a parlare sempre più esclusivamente di un unico paziente. In genere come ho già detto consideriamo questo passaggio un momento evolutivo della relazione di supervisione. Il paziente in questione è un uomo di circa 30 anni, un grave distimico, oggi si direbbe un bipolare, con importanti alterazioni del tono dell'umore sia in senso depressivo che ipomaniacale. In particolare presenta una ideazione che assume a tratti sfumature dereistiche nel senso della grandiosità e della megalomania. Il paziente è in cura anche presso un collega psichiatra e assume una terapia farmacologica.

Nel corso della supervisione è divenuto sempre più chiaro come il paziente nutra la convinzione che coloro che hanno a che fare con lui non siano in grado di tollerare la sua grandiosa superiorità, sentendosene schiacciati. Dal canto suo egli è convinto che ciò possa accadere in quanto si percepisce come un elefante che è a rischio di calpestare delle formiche. Il paziente avverte di conseguenza il rischio di suscitare negli altri una tremenda invidia e diventare quindi oggetto di ripulsa e di ostracismo. Ne consegue la necessità per lui di tenersi distaccato e di evitare di mostrare in modo troppo evidente quelle che lui ritiene siano tutte le sue straordinarie capacità. Nella relazione terapeutica questa convinzione del paziente dà origine ad una qualità del rapporto sempre molto generica, vaga, allusiva, poco fattuale, a tratti arrogantemente distaccata e intellettualistica. Era per esempio possibile sapere qualcosa della sua vita: che si era laureato, che aveva fatto l'esame di stato, che stava lavorando, che aveva ora l'una ora l'altra ragazza. Il tutto però in modo indistinto, approssimativo, poco focalizzato e definito. Il terapeuta era costretto a veri e propri salti mortali nello sforzo di capire come stessero effettivamente le cose e nell'evidenziare più precisamente i vissuti del paziente.

Molto raramente si istituiva con il paziente un dialogo in cui questi mostrasse di recepire quanto il terapeuta gli andava dicendo e producesse a sua volta quel materiale associativo che avrebbe consentito di portare avanti, di sviluppare e allargare la tematica che il terapeuta proponeva. L'impressione era che il paziente non potesse permettersi di riconoscere apertamente che si sentiva capito e tanto meno che ne traeva piacere e benessere.

Un riconoscimento del genere sembrava costituire una minaccia catastrofica al suo stesso senso di coesione interna e di integrità. La grandiosità era il bunker da cui si sentiva protetto ma che lo teneva isolato dal mondo. La relazione terapeutica pur contenuta nei limiti descritti pareva essere l'unico rimedio a questa solitudine. Dotato di una acuta sensibilità il terapeuta riusciva per altro ad essere rispettoso nei riguardi di questa particolare vulnerabilità del paziente e non veniva in genere percepito da lui come minaccioso. In effetti si era istituito senza dubbio alcuno fra i due un vero e proprio processo terapeutico: il paziente era estremamente attaccato al terapeuta e traeva evidente vantaggio dal rapporto con lui. Ne costituiva conferma la migliore stabilizzazione del suo umore e le autorealizzazioni conseguite principalmente nell'ambito della vita lavorativa.

Il supervisore aveva nel complesso l'impressione che il terapeuta se la cavasse bene nel rapporto con un paziente così difficile e che avesse trovato una sua modalità idiosincrasica di stargli vicino e di supportarlo. Più volte era stato pertanto tentato di dirgli di andare avanti nella terapia per conto suo e di riparlare eventualmente trascorso un certo periodo di tempo o nel caso si fossero manifestati particolari cambiamenti o difficoltà. Per molto tempo, e senza sapere bene perché, non si era tuttavia sentito di comunicare al suo allievo questo pensiero. Lo tratteneva in particolare il fatto che questi, di tanto in tanto, esprimeva un forte bisogno di essere rassicurato riguardo alla sua capacità di essere d'aiuto al paziente. Arrivava, contro ogni evidenza, al punto di chiedersi e di chiedere se la terapia avesse senso o fosse invece inutile o se non fosse il caso che il paziente fosse seguito da un terapeuta più abile e qualificato.

Solo dopo molto tempo il supervisore, avvertendo un mutamento nel clima emotivo del rapporto col suo allievo, sentì che era possibile comunicargli le sue impressioni e i suoi pensieri relativi a quanto era accaduto e stava accadendo fra loro. Gli disse quindi che ipotizzava che il portare in supervisione per lungo tempo un paziente, la cui grave psicopatologia poteva in qualche misura giustificare la ricerca di sostegno e di rassicurazione da parte sua, aveva a suo giudizio uno scopo specifico: quello di soddisfare il particolare bisogno di sviluppare con il supervisore una relazione di ruolo in cui a questi veniva conferita una funzione di giudice arbitro. Questi lo poteva sì criticare

e rimproverare ma rappresentava comunque per lui una presenza che gli era di conforto e di rassicurazione. Egli temeva che, se si fosse concesso un atteggiamento più autonomo e sicuro, come era potenzialmente nelle sue corde, sarebbe apparso spavaldo e arrogante e avrebbe di conseguenza perso la relazione di cui aveva bisogno. Aggiunse anche che gli sembrava di avvertire che tale esigenza fosse ora assai meno impellente e che l'allievo si sentisse in grado di accettare e di sviluppare con il supervisore un rapporto più paritario, simmetrico ed equilibrato, un vero e proprio dialogo fra colleghi. Poteva quindi andare avanti da solo con la terapia, che aveva occupato per così lungo tempo la scena della supervisione, e, cambiando paziente, cambiare possibilmente anche lo stile di relazione con il supervisore.

Tutto ciò può, in altri termini, intendersi come un momento di crescita e di evoluzione nel processo di individuazione personale e professionale di questo terapeuta e come una testimonianza del verificarsi di un frammento di lavoro analitico all'interno del rapporto di supervisione.

La narrazione di cui sopra è stata fatta nella speranza di mettere bene in evidenza come la conduzione della supervisione tradizionale si differenzi da quella qui esposta. Questa vorrebbe essere il prototipo della modalità di condurre la supervisione secondo le convinzioni che siamo andati nel tempo acquisendo noi del nostro Centro. Ci sembra utile sottolineare ancora come il fuoco dell'attenzione del supervisore si sia spostato, senza peraltro trascurarne l'importanza, dall'osservazione del paziente a quella dell'allievo. Ciò comporta anche una ulteriore particolare cura che il supervisore deve avere per ciò che capita dentro lui stesso. Ma credo e spero che tale ultimo specifico aspetto possa essere materia di riflessione per il futuro. Posso, comunque, per concludere darvene una piccola anticipazione riferendo molto brevemente quanto si è verificato nel nostro stesso gruppo nel corso del lavoro di quest'anno. Ad un certo punto, quasi senza accorgercene, abbiamo smesso di occuparci di supervisione e per diversi incontri di seguito abbiamo parlato di sogni, il che ci pareva giustificato e naturale visto che uno di noi stava leggendo in un suo gruppo di formazione l'Interpretazione dei Sogni di Freud. Solo dopo un incontro in cui abbiamo a lungo parlato di un sogno, che testimoniava molto chiaramente le fatiche di

individuazione di un paziente, ci siano resi conto di aver deviato dal nostro iniziale proposito che era appunto quello di parlare di supervisione. Ci è stato allora abbastanza facile capire che spostare il fuoco della nostra attenzione dalla testa del paziente a quella del supervisionato suscitava in noi stessi, seppure per ciascuno in maniera diversa, una resistenza alimentata dal malessere e dalla fatica alla prospettiva di dover ripensare e eventualmente rimettere in gioco la tranquilla, collusiva, familiare e gratificante relazione di ruolo che ciascuno di noi aveva impostato con i suoi supervisionati.

Crescere dunque non è facile per nessuno. Il che conferma quanto andiamo sostenendo: la ricerca in psicoanalisi dovrebbe avere il suo fuoco soprattutto su quanto capita dentro di noi.

Bibliografia

Balint M. (1948). On the psychoanalytic training system. *International Journal of Psychoanalysis*, 29: 163-173.

Balint M. (1954). Analytic training and training analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 35: 157-162.

Bernfeld S. (1952). On psychoanalytic training. *Psychoanalytic Quarterly*, 31: 453-482.

Cabanis D.L. et alii (2002). The Columbia Supervision Project. *Journal American Psychoanalytic Association*, 49:235-267.

De Bell D. (1963). A critical digest of the literature on psychoanalytic supervision. *Journal American Psychoanalytic Association*, 11: 546-575.

Ekstein R. (1960). A historical survey on the teaching of psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 8: 500-516.

Ferenczi S. (1928). Das Problem der Beendigung der Analysen. *Int. Z. Psychoanal.*, Vol 14: 1 (cit in Freud S. OSF Vol 11:529).

Freud A. (1938). Problemi dell'analisi didattica. Opere Vol I. Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. Per gli scritti freudiani si rimanda all'elenco delle "Opere di Sigmund Freud". Torino: Bollati Boringhieri.

Freud S. (1892-95). *Studi sull'isteria*. OSF Vol I.

Freud S. (1910). Psicoanalisi selvaggia. OSF Vol 6.

- Freud S. (1910). Le prospettive future della terapia psicoanalitica. OSF Vol 6.
- Freud S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. OSF Vol 6.
- Freud S. (1913). Prefazione a “Il metodo psicoanalitico di Oscar Pfister”. OSF Vol 7.
- Freud S. (1914). *Per la storia del movimento psicoanalitico*. OSF Vol 7.
- Freud S. (1918). Vie della terapia psicoanalitica. OSF Vol 9.
- Freud S. (1926). *Il problema dell’analisi condotta da non medici. Conversazione con un interlocutore imparziale. Poscritto del 1927*. OSF Vol 10.
- Freud S. (1937). *Analisi terminabile e interminabile*. OSF Vol 11.
- Jones E. (1953-1957). *Vita e opere di Freud*. Milano: Il Saggiatore. Tr. It.: 1962.
- Kovacs V. (1936). Training and control-analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 17: 348-354.
- Loewenberg P. e Thompson N.L. (2011). *100 years of the IPA 1910-2010*. Londra: Karnac editore.
- Lai Giampaolo (1970). *Il momento sociale della psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Monteverde Milton (2008). Relazione tenuta al Convegno per il 40° anniversario del Centro Studi. Pubblicato sul sito del Centro: www.centrostudiariosto.it
- Nunberg H. e Federn E. (a cura di) (1973). *Dibattiti della società psicoanalitica di Vienna 1906-1908*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Racamier P.C. (1956). Psychotherapie psychanalytique des psychoses, in S. Nacht et alii: *La psicanalyse d’aujourd’hui*. Parigi: PUF.
- Sandler A-M. (1982). The selection and function of the training analyst in Europe. *International Revue of Psychoanalysis*, 9: 386-398.
- Sandler Joseph a cura di (1987). *Proiezione, identificazione, identificazione proiettiva*. Torino: Bollati Boringhieri. Tr. It.: 1988
- Sandler Joseph (1996). *Che cosa vogliono gli psicoanalisti?* Milano: Raffaello Cortina. Tr. It.: 1997.
- Schröter M. (2002). Max Eitingon and the struggle to establish an international standard for psychoanalytic training (1925-1929). *International Journal of Psychoanalysis*, 83:875-893.
- Schröter M. (2004). The early history of lay analysis, especially in Vienna, Berlin and London. *International Journal of Psychoanalysis*, 85:159-177.
- Thomä H. (1993). Training analysis and psychoanalytic education. *Annual of Psychoanalysis*, 21: 3-75.

Wallerstein R. (1998). *Lay analysis. Life inside the controversy*. New Jersey: The Analytic Press.

Wallerstein R. e Fonagy P. (1999). Psychoanalytic Research and the IPA: History, Present Status and Future Potential. *International Journal of Psychoanalysis* 80: (1) 91-109.

Young-Bruehl E. (1988) *Anna Freud. A Biography*. New Haven: Yale University Press